

MEDICAID CHANGE REPORT
INFORME DE CAMBIOS A MEDICAID

Si actualmente usted está recibiendo beneficios de Medicaid, debe informar todos los cambios que se produzcan en la composición de su grupo familiar (si alguna persona se muda al hogar o se va de él, si alguien contrae matrimonio, si alguna mujer queda embarazada o da a luz), en el domicilio, en los ingresos o en las condiciones de trabajo **dentro de los diez días de ocurrida la modificación**. En caso de que se haya producido alguno de los cambios mencionados anteriormente, complete el presente informe y envíelo por correo o llévelo a la oficina que se menciona en el casillero a continuación, o bien comuníquese con su trabajador telefónica o personalmente para informar los cambios. Si necesita más espacio para documentar algún cambio, adjunte al presente informe una hoja con la información adicional.

(Domicilio del organismo del condado)

Su nombre	Número de caso	Nombre del trabajador
-----------	----------------	-----------------------

Si intencionalmente no informa algún cambio o proporciona información falsa puede ser multado, tener que pagar todos los beneficios de Medicaid que haya recibido incorrectamente, ser pasible de acción judicial o las tres cosas. Se le puede exigir que presente evidencias de cualquier cambio que informe.

SECCIÓN I – CAMBIO DE DOMICILIO

Si cambia de domicilio, debe informar la nueva dirección.

Fecha del cambio	Nuevo número de teléfono
Nuevo domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	

SECCIÓN II – CAMBIO EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

Debe informar si alguna persona se muda al hogar o se va de él, si alguien contrae matrimonio, si alguna mujer queda embarazada o da a luz (incluya información sobre la persona que dio a luz y sobre el recién nacido).

Nombre (s) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha del cambio	
Número de <i>Social Security</i> (SSN)*	Fecha de nacimiento	Parentesco con el jefe de familia

Describa lo que ocurrió

*Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de Medicaid de Wisconsin pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no podrán ser elegibles para obtener la cobertura conforme a Wisconsin Statutes section 49.82(2).

SECCIÓN III – CAMBIO EN LOS INGRESOS

Debe informar los cambios en sus ingresos brutos, las nuevas fuentes de ingreso, los cambios en las condiciones de trabajo (de tiempo parcial a tiempo completo o viceversa, pérdida del empleo), los cambios en el salario o la tarifa de pago, en el monto de *Social Security*, beneficios de veteranos de guerra, seguro de desempleo, indemnización laboral o cualquier otro tipo de cambio en el monto de dinero que usted recibe.

Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha del cambio en los ingresos	
Fuente de ingreso	Monto mensual	Frecuencia de pago

SECCIÓN IV – CAMBIO EN EL PATRIMONIO

Los ancianos, ciegos o discapacitados deben informar los cambios en su dinero en efectivo, cuentas bancarias, bonos, acciones, vehículos o cualquier otro tipo de bienes.

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha del cambio
--	--	------------------

Tipo de bien	Describa lo que ocurrió	Nuevo valor o monto \$
--------------	-------------------------	---------------------------

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha del cambio
--	--	------------------

Tipo de bien	Describa lo que ocurrió	Nuevo valor o monto \$
--------------	-------------------------	---------------------------

SECCIÓN V – CAMBIO DE VEHÍCULOS

Debe informar si adquiere, vende o regala autos, camiones, motocicletas, embarcaciones, vehículos de recreación para la nieve, cámpers o cualquier otro tipo de vehículos.

Nombre del propietario (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)					Fecha del cambio
--	--	--	--	--	------------------

Tipo de vehículo	Marca	Modelo	Año	Monto recibido \$	Describa el tipo de cambio (compra, venta, etc.)
------------------	-------	--------	-----	----------------------	--

SECCIÓN VI – OTROS CAMBIOS

Informe cualquier otro cambio que crea que pueda afectar su elegibilidad para Medicaid. Algunos ejemplos de “otros cambios” son la obtención o el abandono de un seguro de salud y la adquisición o la recuperación de una discapacidad. Incluya la fecha de cualquier otro cambio.

Describa el tipo de cambio.

¿Cree que los cambios que ha informado en este formulario seguirán vigentes el próximo mes? Sí No

En caso de respuesta negativa, explique.

SECCIÓN VII - FIRMA

Entiendo que se aplican sanciones por encubrir información o por suministrar información falsa. También entiendo que puedo tener que pagar los beneficios recibidos por no informar todos y cada uno de los cambios en mi situación. Convengo en presentar evidencias de cualquier cambio si se me requiriera hacerlo. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas, según mi leal saber y entender.

FIRMA - Participante	Fecha de la firma	Número telefónico
----------------------	-------------------	-------------------

GUARDE EL FORMULARIO COMPLETADO EN EL EXPEDIENTE DEL CASO